

Formulaire d'inscription à la Semaine Mondiale de FertilityCare 2026 - Page 1

Parrainé par FCCA

L'objectif de FCCA est d'unir et de promouvoir les services éducatifs du système FertilityCare du modèle Creighton à travers les centres locaux de FertilityCare.

Nom du Centre FertilityCare

Type d'affiliation FCCA (Indépendant, Organisationnel, Institutionnel, Diocésain)

Nom de la personne soumettant l'inscription

Informations de contact

_____ adresse
_____ ville, état, code postal
_____ pays
_____ adresse e-mail
_____ téléphone préféré

Noms des autres membres du Centre impliqués dans cette célébration :

Décrivez brièvement comment votre Centre a célébré la Semaine Mondiale de FertilityCare™ 2026 : incluez l'objectif de votre projet, ce que vous avez fait et ce qui a été réalisé par votre centre pour célébrer cet événement, et si vos activités ont atteint votre objectif. Si vous avez fait une présentation à propos de/durant cette semaine en célébration de la Semaine Mondiale de FertilityCare™ et promu le système FertilityCare™ du modèle Creighton et la NaProTechnologie®, décrivez l'événement, le groupe et le nombre de personnes qui y ont assisté : clients, prêtres, médecins, etc. En plus de la description de la manière dont vous et votre centre avez célébré cette semaine, soumettez des photos qui illustrent les efforts de votre centre (plus il y a de photos, mieux c'est).

Date limite de soumission : 25 avril 2026

Soumettez le formulaire d'inscription, la fiche de profil du centre et toutes les photos/vidéos à :

Kathy Hirkala, RN, BSN, CFCE, Présidente de la Semaine Mondiale de FertilityCare™ –

73 Braxton Road · Weirton, WV 26062

kathnfph@msn.com

PROFIL DU CENTRE PARTICIPANT À LA SEMAINE MONDIALE DE FERTILITYCARE

Afin d'aider les juges à mieux connaître votre Centre, veuillez compléter ce qui suit :

1. Je suis une ou un stagiaire qui va ouvrir un nouveau Centre après avoir terminé le programme éducatif. ____Oui ____Non (si Oui, passez à la question n°9)
2. Nom du Centre _____
3. Nom du praticien responsable _____
4. Combien de praticiens/instructeurs/stagiaires y a-t-il dans votre Centre ?

5. Depuis combien de temps votre Centre est-il en activité ?

6. Votre Centre propose-t-il la NaProTechnologie ? ____Oui ____Non
7. Combien de personnes ont participé à la planification/mise en œuvre des activités pour la Semaine Mondiale de FertilityCare ?
8. Comment fonctionne votre Centre (SARL, association à but non lucratif, diocésain, paroissial, basé dans un hôpital, etc.) ?
9. Combien de clients votre Centre accueille-t-il environ ?
 - a. Nombre de nouveaux clients au cours de l'année écoulée ? _____
 - b. Nombre de clients établis ? _____
10. En dehors de la Semaine Mondiale de FertilityCare, à quels autres types de programmes de sensibilisation votre Centre participe-t-il (ex. : préparation au mariage, RCIA, etc.) ?
11. Est-ce la première fois que votre Centre participe à la Semaine Mondiale de FertilityCare ? ____Oui ____Non
12. Environ combien de personnes ont été impactées par votre célébration de la Semaine Mondiale de FertilityCare ? _____